Вас вітає SBK!

☐ **Ja,** ich werde SBK-Mitglied ab dem ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
(**Так,** я хочу вступити до SBK з)

Persönliche Angaben:
(Особиста інформація:)

☐ Frau (Жінка) ☐ Herr (Чоловік) ☐ Divers (Інше)

Name (Прізвище) _____ Vorname (Ім'я) _____

☐☐.☐☐.☐☐☐☐
Geburtsdatum
(Дата народження)

Straße, Hausnummer (Вулиця, номер будинку) _____

Postleitzahl (Поштовий індекс) _____ Ort (Місто) _____

Festnetznummer privat* (Приватний номер стаціонарного телефону*) _____

Handynummer privat* (Приватний номер мобільного телефону*) _____

E-Mail* (Ел. пошта*) _____

Rentenversicherungsnr. oder Geburtsort, -land und -name
(№ пенсійного страхування або Місце й країна народження та дошлюбне прізвище) _____

Bundeseinheitliche Krankenversicherungsnr.*
(Єдиний номер картки федерального медичного страхування.*) _____

Staatsangehörigkeit (Громадянство) _____

Familienstand (Сімейний стан) _____

Angaben für die Versicherung bei der SBK:
(Інформація для страхування в SBK:)

Ich bin (Я)

☐ Arbeitnehmer (робітник) ☐ Auszubildende(r) (учень)

☐ Selbstständige(r) (самозайнятий) ☐ Student(in) (студент(ка))

☐ Sonstiges: (інше:) _____

Name des Arbeitgebers / der Hochschule (Назва роботодавця / ВНЗ) _____

Straße, Hausnummer (Вулиця, номер будинку) _____

Postleitzahl (Поштовий індекс) _____ Ort (Місто) _____

Ich bin beschäftigt als: (Я працюю (ким):) _____

seit / ab: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
(з / від:)

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (64.350 €) (Мій валовий річний дохід перевищує ліміт річного доходу (64 350 євро))

☐ Nein (Ні) ☐ Ja (Так)

Ihr Ansprechpartner (Ваша контактна особа) _____

Telefon (Телефон) _____ INT-Nr. (№ телефону зацікавленої особи) _____

Familienangehörige:
(Члени сім'ї:)

☐ Mein Ehe-/ Lebenspartner
(Мій чоловік (дружина) / партнер(ка)) ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ Geburtsdatum (Дата народження)

Name (Прізвище) _____ Vorname (Ім'я) _____

ist zurzeit versichert bei (на даний момент застрахований у) _____

Krankenkasse (Лікарняна каса) _____

☐ Mein Ehe-/Lebenspartner soll zukünftig mit mir bei der SBK kostenfrei familienversichert werden.
(Мій чоловік (дружина) / партнер(ка) в майбутньому має бути безкоштовно застрахований у SBK разом зі мною як член сім'ї.)

☐ Ich habe ein oder mehrere Kinder, die zukünftig mit mir bei der SBK kostenfrei familienversichert werden.
(У мене є дитина / діти, яка / які в майбутньому має / мають бути безкоштовно застраховані у SBK разом зі мною як члени сім'ї.)

Für die kostenfreie Familienversicherung von Angehörigen machen Sie bitte Angaben im gesonderten Fragebogen.
(Для безкоштовного сімейного страхування родичів заповніть, будь ласка, окрему анкету.)

Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 12 Monaten:
(Детальна інформація про Ваш страховий договір за останні 12 місяців:)

Meine bisherige Krankenkasse (Моя попередня лікарняна каса) _____

☐☐.☐☐.☐☐☐☐ von (від) ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ bis (до)

☐ pflichtversichert (обов'язкове страхування)

☐ freiwillig versichert (добровільне страхування)

☐ familienversichert (сімейне страхування)

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:
(Якщо Ви були застраховані у рамках сімейного страхування, нам потрібна така інформація:)

Name (Прізвище) _____ Vorname (Ім'я) _____

☐☐.☐☐.☐☐☐☐
Geburtsdatum
(Дата народження)

Foto Gesundheitskarte:
(Фото медичної картки:)

☐ per Online-Upload (через онлайн-завантаження)

☐ per Post (Lichtbildformular) (поштою (фотоформа))

We are on your side.

SBK

Weitere wichtige Angaben:
(Інша важлива інформація:)

☐ Ich beziehe Rente beziehungsweise habe einen Rentenantrag gestellt.
(Я отримую пенсію або подав(ла) заяву на призначення пенсії.)

☐ Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (zum Beispiel Betriebsrente, Versorgungsbezüge).
Я отримую виплати, аналогічні до пенсії (наприклад, пенсія від підприємства, доходи, одержані найманим працівником від колишнього роботодавця).

☐ Ich beziehe Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit.
(Я отримую дохід від самозайнятості.)

Würden Sie uns weiterempfehlen? (Ви б порекомендували іншим нашу компанію?) ☐ Ja (Так) ☐ Nein (Ні)

Datenschutzhinweis
Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §206 und 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5ff., 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) zu erheben. Über Änderungen werde ich die SBK umgehend informieren. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz.
*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Заява про конфіденційність
Для того, щоб ми могли виконувати наші завдання відповідно до правових норм, нам необхідна Ваша співпраця згідно § 206 і § 289 Кодексу соціального забезпечення (КСЗ, частина V). Ці дані збираються для укладення договору страхування (§§ 5 і далі, 284 абз. 1 п. 1 КСЗ, частина V). Про будь-які зміни я негайно повідомлю SBK. Детальніше про дані, які обробляє SBK, Ви можете дізнатися на сайті sbk.org/datenschutz.
*Ця інформація є добровільною і обробляється з метою надання послуг страхування. Звичайно, Ваші дані будуть захищені та будуть оброблятися конфіденційно. Ми не передаємо ці дані третім особам. Своїм підписом ви даєте згоду на обробку даних. Цю згоду можна у будь-який час відкликати з дією на майбутнє без пояснення причин. Для цього достатньо надіслати нам електронного листа на адресу widerruf@sbk.org або зв'язатися з особистим консультантом.

Ort, Datum (Місце, дата)

Unterschrift (Підпис (законний представник, якщо є))